

СТЕРЕОТИП РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭНДОГЕННОМ, ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОМ И ИНТОКСИКАЦИОННОМ ПСИХОЗАХ

Ладик Б.Б.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Стереотип развития психопатологических расстройств эндогенного, экзогенно-органического, интоксикационного генеза со средним темпом прогрессивности (параноидная шизофрения, травматический психоорганический синдром, алкогольный псевдопаралич) обнаруживает определенную динамику. В обобщенном виде во всех этих случаях в начале заболевания преобладает эмоционально отрицательный фон настроения в виде паранойяльной эмоциональной напряженности при шизофрении, раздражительной слабости при органическом психосиндроме, тревожности, раздражительности при алкоголизме. В двигательно-волевых проявлениях при паранойяльном синдроме существует патологическая гипербулия и выраженная активность в достижении болезненно искаженных целей, при психоорганическом синдроме на астеническом этапе наблюдается гиперстения, при алкоголизме – доминирует патологическое влечение.

Таким образом, можно считать, что начальные проявления различных по своему генезу психопатологических расстройств имеют сходство, выражающееся отрицательными эмоциями, повышенным двигательно-волевым компонентом.

Затем при шизофрении постепенно формируется параноидный этап, на котором отмечается появление двойственности чувств в виде амбивалентности и одновременном существовании противоположных побуждений и поступков – амбитендентность. Расстройства мышления на параноидном этапе могут иметь характер манихейского бреда,

при котором больной в своих переживаниях находится между противоборствующими силами добра и зла.

В структуре взрывного этапа органического психосиндрома наряду с вспыльчивостью, злобностью, раздражительностью возникают периоды благодушия, умиления, восторженного состояния по незначительному поводу. В двигательнo-волевой сфере появляется субъективная постановка перед собой многочисленных целей при значительном снижении объективного их достижения.

Дальнейшее развитие алкогольной зависимости также обнаруживает появление положительных эмоций в виде алкогольного юмора, беззаботности и безответственности, которые по незначительному поводу могут переходить в злобу, брутальность, агрессивность. Двигательные и волевые качества больных также диссоциируют, обнаруживая выраженную стеничность в добывании алкоголя и значительное безволие в достижении социально значимых целей.

Парафренный этап параноидной шизофрении характеризуется повышенным настроением, самодовольством, переоценкой своих способностей и возможностей, чему соответствует и фантастический экспансивный бред величия. Реально существующие конкретные цели утрачивают для больных какую-либо привлекательность; значимой для них становится абстрактная деятельность, направленная на реализацию и достижение патологических замыслов.

На мориондном этапе психоорганического синдрома у больных появляется повышенное настроение, сочетающееся с беспечностью, беззаботностью, безответственностью. Целеустремленность и целоположение имеют ситуационно обусловленный характер, отличаются конкретностью, нестойкостью и непродолжительностью. Достаточно явным становится снижение памяти и интеллекта.

При формировании алкогольного псевдопаралича у больных с алкогольной зависимостью обнаруживается повышенный эйфорический фон настроения, переоценка своей личности с тенденцией к идеям величия. Больные плохо справляются с работой, не могут вовремя выполнить срочные дела, нуждаются в неоднократных напоминаниях, отличаются рассеянностью, забывчивостью. Не соблюдают чувство дистанции, бывают назойливыми, циничными, плоско и грубо шутят.

Наконец, у больных параноидной шизофренией, достигающих этапа «вторичной» кататонии, на первый план выступает эмоционально-волевое снижение. Появляется однообразие и монотонность во всех видах психической деятельности. Эмоциональная сфера уплощается, эмоциональные реакции становятся невыразительными, мотори-

ка становится стереотипной, иногда вычурной. Волевая направленность резко ограничивается, зачастую извращается.

Органический психосиндром в своем развитии также достигает конечного апатоабулического состояния. Больные становятся бесчувственными, безынициативными, утрачивают интерес к себе и окружающему. Подолгу залеживают в постели, не следят за своим внешним видом, угасают потребности и влечения.

Больные с алкогольным псевдопараличом в конце концов теряют трудоспособность. У них отмечается выраженная истощаемость психической деятельности, астения, достигающая такой выраженности, что больные могут находиться в состоянии прострации. Некоторые больные вначале правильно отвечают на вопросы, а затем начинают шептать и вскоре умолкают, не реагируя на поставленные вопросы. Круг интересов значительно суживается, память значительно снижается. В ряде случаев наблюдаются хватательные и оральные рефлексы.

Таким образом, стереотип развития психопатологических расстройств, при различных психических заболеваниях может иметь сходные проявления. Выражаются они тем, что в начальном периоде преобладают отрицательные эмоции и патологически повышается двигательная и волевая активность. Затем в эмоциональных двигательных и волевых проявлениях обнаруживаются признаки амбивалентности, амбитендентности. Последующее течение болезненного процесса проводит к преобладанию положительного эмоционального состояния, при котором начинает более выражено снижаться моторика и воля. Конечные состояния во всех случаях характеризуются выраженным угнетением всех видов психической деятельности с развитием дефектных состояний.

Как известно, нейрофизиологическим субстратом обеспечения наличных потребностей, отрицательных эмоций и действий, направленных на достижение объекта потребности является система Наута. В нее входят заднемедиальные отделы гипоталамуса, неспецифические таламические ядра, передние отделы лимбической системы и лобные отделы коры. Положительные эмоции возникают при активации лимбических путей таламуса, задних проекционных отделов сенсорной коры головного мозга и синхронизирующей системы ретикулярной формации. Системы отрицательного и положительного эмоционального реагирования находятся в реципрокных взаимоотношениях.

Клиническая динамика вышеуказанных расстройств психической деятельности на начальных этапах отражает преобладание ак-

тивности систем отрицательного реагирования, которые затем переходит в промежуточное состояние равно выраженной активности как эмоционально отрицательных эмоционально положительных систем мозга. Угашение активности передних гипоталамо-таламо-лимбикофронтальных отделов мозга компенсаторно сопровождается растормаживанием задних отделов коры и синхронизирующих стволовых структур, что клинически выражается появлением различной степени выраженности положительных эмоций с одновременным ослаблением потребностно-мотивационных проявлений. Когда же, в конце концов, подавляется активность эмоционально положительного мозгового блока, в клинических проявлениях наступает состояние апатии, безволия и бездеятельности.